

## Cenário epidemiológico da sífilis materna e congênita no estado do Amapá, na Amazônia Brasileira

### *Epidemiological scenario of maternal and congenital syphilis in the state of Amapá, in the Brazilian Amazon*

Paulo Rossi da Silva Pimenta<sup>1\*</sup>, Maíra Tiyomi Sacata Tongu Nazima<sup>2</sup>, Rosemary Ferreira de Andrade<sup>3</sup>, Nely Dayse Santos da Mata<sup>4</sup>, Anneli Mercedes Celis de Cardenas<sup>5</sup>, Rubens Alex de Oliveira Menezes<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Enfermeiro, Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Amapá;

<sup>2</sup>Médica, Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Amapá;

<sup>3</sup>Enfermeira, Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Amapá;

<sup>4</sup>Enfermeira, Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde da família, PROFSAÚDE, vinculado ao polo da Universidade Federal do Amapá, FIOCRUZ;

<sup>5</sup>Enfermeira, Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Amapá;

<sup>6</sup>Enfermeiro, Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Amapá

#### Resumo

**Objetivo:** caracterizar o cenário epidemiológico da sífilis materna e congênita no estado do Amapá, no período de 2018 a 2023. **Metodologia:** trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado em Macapá (AP), com base nos casos notificados e armazenados no banco de dados do Núcleo de Epidemiologia Hospitalar do Hospital Maternidade Mãe Luzia. Foram incluídas as variáveis com base nas fichas de notificação compulsória. **Resultados:** entre os anos de 2018 e 2023, um total de 1.397 casos de sífilis materna foi contabilizado e 393 de sífilis congênita. Houve maior prevalência nas gestantes com idade entre 21 e 30 anos, pardas e com Ensino Fundamental e Ensino Médio incompletos. As gestantes, em sua maioria, se submeteram ao pré-natal, realizaram sorologia treponêmica e não treponêmica reagente, receberam o diagnóstico de sífilis no pré-natal, tiveram tratamento inadequado ou não realizado e não trataram o parceiro. Entre os recém-nascidos, a maioria (n= 346; 88%) foi diagnosticada em até 7 dias, 381 (97%) tinham exames de sangue periférico reagente, 322 (82%) utilizaram penicilina, 360 (92%) estavam vivos e 9 (2%) foram a óbito pela doença. **Conclusão:** a prevalência da sífilis materna e congênita pode ser um indicador de fragilidades no pré-natal, sendo necessária a implantação de novas medidas para reduzir os casos.

**Palavras-chave:** Sífilis; sífilis congênita; epidemiologia; Amapá.

#### Abstract

**Objective:** to characterise the epidemiological scenario of maternal and congenital syphilis in the state of Amapá from 2018 to 2023. **Methodology:** this is an epidemiological, descriptive, and retrospective study with a quantitative approach, conducted in Macapá (AP), based on cases reported and stored in the database of the Hospital Epidemiology Centre at the Hospital Maternidade Mãe Luzia. Variables based on the compulsory notification forms were included. **Results:** between 2018 and 2023, a total of 1,397 cases of maternal syphilis were recorded and 393 of congenital syphilis. There was a higher prevalence among pregnant women aged between 21 and 30 years of mixed race, and with incomplete elementary and high school education. Most pregnant women received prenatal care, underwent reactive treponemal and non-treponemal serology, were diagnosed with syphilis during prenatal care, had inadequate or no treatment, and did not treat their partners. Among newborns, the majority (n=346; 88%) were diagnosed within 7 days, 381 (97%) had reactive peripheral blood tests, 322 (82%) were treated with penicillin, 360 (92%) were alive, and 9 (2%) died from the disease. **Conclusion:** the prevalence of maternal and congenital syphilis may be an indicator of weaknesses in prenatal care, and new measures must be implemented to reduce cases.

**Keywords:** Syphilis; congenital syphilis; epidemiology; Amapá.

## INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção bacteriana sistêmica, de evolução crônica, curável e exclusiva do ser humano, podendo ser adquirida ou congênita. A sífilis adquirida pode ser transmitida de uma pessoa para a outra

durante o sexo (anal, vaginal ou oral) sem preservativo ou por transfusão de sangue. Já a transmissão da sífilis congênita acontece da mãe infectada para a criança durante a gestação ou o parto (transmissão vertical). Nos estágios primário e secundário da infecção, a possibilidade de transmissão é maior e nas formas mais graves da doença, como no caso da sífilis terciária, a qual, se não for tratada adequadamente, pode levar a pessoa à morte<sup>1,2</sup>.

**Correspondente/Corresponding:** \*Paulo Rossi da Silva Pimenta – End: Av. Ana Nery, 1536, Jesus de Nazaré. CEP: 68.908-129 – E-mail: unifa-prossy@gmail.com

Nos últimos anos, a sífilis gestacional vem sendo apontada, mundialmente, como uma das principais causas de morbidade materna. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que, no mundo, ocorram, anualmente, cerca de 12 milhões de novos casos de sífilis, ressaltando que, desses, 1,5 a 1,85 milhões dos casos encontrados são de gestantes. Cerca de 50% delas têm filhos com desfechos graves, incluindo mortes fetais, relacionados com as consequências das infecções primárias e secundárias da sífilis não tratadas na gravidez<sup>3</sup>. Além disso, a taxa de transmissão vertical é alta: entre 70% e 100% na fase primária, 90% na fase secundária e 30% na fase terciária da infecção. As principais consequências da infecção, no período gestacional, podem ser morte intraútero, prematuridade, natimortalidade ou sífilis congênita. Quanto mais avançada a idade gestacional, menor a probabilidade de transmissão<sup>3</sup>.

No Brasil, observou-se aumento nos casos registrados de sífilis nos últimos anos. Na comparação, em uma série histórica, entre 2010 e 2018, a taxa de detecção de sífilis adquirida passou de 2,0 para 76,0 por 100.000 habitantes, um aumento de 3.800%. Tendência crescente também foi verificada nas taxas de detecção da sífilis gestacional e na incidência de sífilis congênita para o mesmo período, atingindo, em 2018, estimativas de 21,4 por mil nascidos vivos (NV) e 9 por mil NV, respectivamente. Esse aumento dos casos de sífilis em gestantes, no Brasil, pode estar relacionado à melhora na notificação dos casos, mas também à baixa qualidade da assistência pré-natal e aos altos índices de tratamentos – das gestantes e de suas parcerias – inadequados ou não realizados. Tais fatos revelam a necessidade de melhorar os serviços de saúde, ampliar a testagem sorológica e o tratamento precoce em gestantes<sup>4</sup>.

A Região Norte, segundo dados do Ministério da Saúde, notificou 18.440 casos de sífilis congênita em crianças menores de um ano de idade, entre 2012 e 2022. A incidência, para 1.000 nascidos vivos, apresentou comportamento crescente, partindo de 2,9% em 2012, para 7,7% em 2021. Apesar de aumento na taxa de incidência, a Região Norte permanece como a segunda menor, ficando atrás da Região Centro-Oeste, que possui uma taxa de incidência de 5,6% por 1.000 nascidos vivos<sup>5</sup>. O Estado do Amapá, entre 2014 e 2018, registrou 308 casos de sífilis congênita, sendo o maior número registrado na Capital, Macapá, fato relacionado com a concentração de pessoas nas cidades grandes. Além disso, entre 2019 e 2021, o Estado apresentou 345 casos, aumentando a taxa de incidência, em comparação com nascidos vivos na mesma época<sup>5</sup>.

O diagnóstico da sífilis gestacional exige correlação entre os dados clínicos, resultado de testes laboratoriais, histórico de infecções passadas, devidamente registradas em prontuários, e investigação de expo-

sição recente. Somente o conjunto de todas essas informações permitirá a correta avaliação diagnóstica de cada caso e o tratamento adequado<sup>6</sup>. Atualmente, o rastreamento da sífilis em gestantes possui caráter obrigatório, devendo ser realizado no primeiro e no terceiro trimestres da idade gestacional. No entanto, apesar das medidas de prevenção e controle, há elevado subdiagnóstico, em especial nas regiões Norte e Nordeste, onde se verifica maior restrição do acesso aos serviços de saúde<sup>7</sup>.

Destaca-se que a assistência de qualidade no pré-natal e no parto, o teste rápido e a triagem sorológica (VDRL), bem como o tratamento adequado da gestante e de seu parceiro são fatores primordiais para o controle da infecção e a redução das taxas de transmissão materno-fetal, ou vertical. Assim o pré-natal de qualidade pode impactar positivamente a saúde materna e evitar a mortalidade infantil, e se mostra como uma importante ferramenta para prevenir morbimortalidade em relação à sífilis na gestação, desde que seja realizado com qualidade<sup>8</sup>.

Em relação aos dados epidemiológicos e considerando o aumento de notificações de sífilis gestacional e, conseqüentemente, de sífilis congênita, no Norte e, em especial, no Estado do Amapá, torna-se fundamental conhecer o cenário epidemiológico das mulheres e crianças infectadas com sífilis, bem como analisar as variáveis com maior foco para essa patologia, no sentido de criar ou ampliar medidas que possam reduzir as taxas de infecções<sup>9</sup>.

Nesse contexto, o objetivo deste estudo foi caracterizar o cenário epidemiológico da sífilis materna e congênita, no estado do Amapá, no período de 2018 a 2023.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, retrospectivo e com abordagem quantitativa, realizado através da coleta dos dados fornecidos pelo Núcleo de Epidemiologia Hospitalar do Hospital Maternidade Mãe Luzia (NEH, HMML, AP), localizado na capital do Amapá, Macapá, que faz parte da Amazônia Brasileira. Tais dados alimentam as fichas de notificação compulsória, as quais contêm informações sociodemográficas e clínicas e são, posteriormente, encaminhadas à Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS, AP).

A população estudada foi constituída por todos os casos de sífilis gestacional e congênita registrados no período compreendido entre 2018 e 2023, em residentes no estado do Amapá. Foram excluídos do estudo: registros fora do período, fichas de notificação com informações ausentes ou incompletas, notificações duplicadas, notificações de gestantes e RN de outros estados da Federação.

As variáveis incluídas no estudo foram definidas conforme as informações contidas na ficha de notifica-

ção da sífilis gestacional e congênita, a saber: a) dados sociodemográficos da mãe – idade (em anos), raça ou cor da pele, escolaridade, ocupação (setor formal ou informal); b) dados de pré-natal – realizou pré-natal (sim ou não), diagnóstico da sífilis materna (durante o pré-natal, momento do parto, após o parto, não realizado), teste não treponêmico (teste reagente, não reagente, não realizado) treponêmico (reagente, não reagente), esquema de tratamento (adequado inadequado, não realizado), tratamento do parceiro (sim ou não); e c) dados do recém-nascido (RN) – sexo, idade, teste não treponêmico, sangue periférico (reagente, não reagente, não realizado), diagnóstico clínico (assintomático ou sintomático), esquema de tratamento e evolução do caso.

Os dados coletados foram inseridos e organizados em um banco de dados do Programa *Microsoft Excel* 2016. Posteriormente esses dados foram inseridos no *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 26.0, para as devidas análises. A análise descritiva foi realizada por meio de números absolutos (n) e percentuais (%) e a associação para realizar a descrição das frequências. Para identificar as diferenças do perfil entre os anos de estudo foram aplicados os testes do Qui Quadrado de Pearson para k amostras independentes e o teste da razão de verossimilhança, considerando um nível de significância de 5%. Em seguida, os dados foram organizados em gráficos e tabelas. Além disso, para o cálculo da incidência da sífilis gestacional e congênita para cada ano e para o período do estudo, foi utilizado o número de casos de sífilis dividido pelo número de nascidos vivos e multiplicado por 1.000.

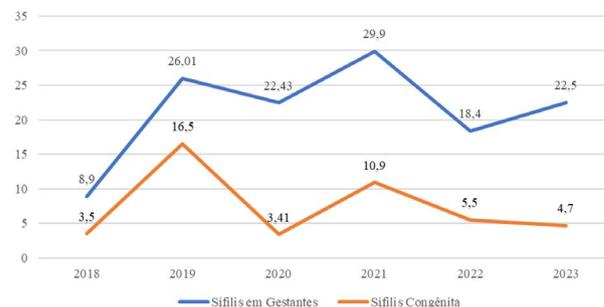
Por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, o estudo foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Amapá, conforme preconiza a Resolução 466/2021<sup>10</sup>, sendo aprovado com Parecer n. 6.064.786.

## RESULTADOS

A prevalência de casos de sífilis gestacional e congênita no estado do Amapá, entre os anos de 2018 e 2023, foi de 1.137 e 393 respectivamente. Os anos que apresentaram maior prevalência de casos de sífilis gestacional foram, 2019 (n= 214; 18,8%), 2020 (n= 184; 16,2%), 2021(n= 246; 21,6%), e 2023 (n= 284; 25,0%). Somados, esses quatro anos (2019, 2020, 2021 e 2023), o total representou 81,6% de todos os casos do período de estudo. Os anos que corresponderam a um menor número de casos foram 2018 (n= 75; 6,59%) e 2022 (n=134; 11,8%), correspondentes a cerca de 18,39% do total da amostra. Para a sífilis congênita, constatou-se, em 2019, n= 136 (34,6%), em 2021, n= 90 (22,9%) e, em 2023, n= 69 (17,6%). E o total verificado nesses

anos representa 75,1% de todos os casos do período de estudo, conforme mostra a Figura 1.

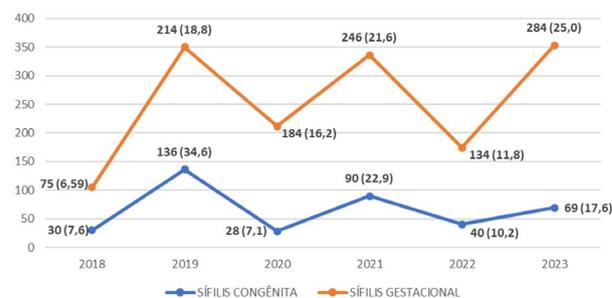
**Figura 1** – Número de casos notificados de sífilis gestacional e congênita, no Amapá, no período de 2018 a 2023. NEH, HMML, AP, Brasil. 2023



Fonte: dados extraídos do NEH, HMML, AP, 2018-2023.

As taxas de incidência da sífilis gestacional apresentaram comportamento crescente, com 8,9/1.000 NV em 2018, 26,01/1.000 NV em 2019, 22,43/1.000 NV em 2020, 29,9/1.000 NV em 2021, 18,4/1.000 NV em 2022 e 22,5/1.000 NV em 2023. No tocante à sífilis congênita, as taxas de incidência, também apresentaram comportamento crescente, com 3,5/1.000 NV em 2018 para 16,5/1.000 em 2019, 3,41/1.000 NV em 2020 para 10,9/1.000 em 2021. Entretanto, a taxa de incidência exibiu uma leve regressão de 5,5/1.000 NV em 2022, para 4,7/1.000 em 2023 (Figura 2).

**Figura 2** – Taxa de incidência da sífilis gestacional e congênita (por 1.000 nascidos vivos), no Amapá, no período de 2018 a 2023



Fonte: dados extraídos do NEH, HMML, AP, 2018-2023.

Ao caracterizar a amostra do estudo, observou-se que a faixa etária de maior frequência foi a situada entre 21 e 30 anos (n=585; 51,4%), seguida de 13 a 20 anos (n=394; 35%). Em relação à raça, a maioria (n=1.016;91%) se identificou como parda. Quanto à escolaridade, a maioria possui o Ensino Médio e o Ensino Fundamental incompletos – n=468 (48%) e n=416 (43%), respectivamente – e tinha ocupação no setor informal (Tabela 1).

**Tabela 1** – Caracterização sociodemográfica das gestantes com diagnóstico de sífilis no período de 2018 a 2023. NEA, HMML, AP, Brasil. 2023.

Variáveis	2018 n (%)	2019 n (%)	2020 n (%)	2021 n (%)	2022 n (%)	2023 n (%)	p-valor
<b>Faixa etária</b>							<b>0,008*</b>
13 a 20 anos	19 (25,3)	82 (38,3)	78 (42,4)	78 (31,7)	52 (38,8)	85 (29,9)	
21 a 30 anos	42 (56,0)	97 (45,3)	79 (42,9)	141(57,3)	68 (50,7)	158(55,6)	
31 a 39 anos	13 (17,3)	28 (13,1)	26 (14,1)	23 (9,3)	13 (9,7)	40 (14,1)	
≥ 40 anos	1 (1,4)	7 (3,3)	1 (0,6)	3 (1,7)	1 (0,8)	1 (0,4)	
<b>Raça ou cor</b>							<b>&lt;0,001*</b>
Branca	6 (8,0)	15 (7,0)	4 (2,3)	3 (1,2)	2 (1,4)	23 (8,1)	
Preta	2 (2,7)	14 (6,5)	3 (1,6)	1 (0,4)	1 (0,7)	25 (8,8)	
Parda	67 (89,3)	183(85,5)	174(94,5)	242(98,4)	130(97,2)	220(77,5)	
Outra™	0	1 (1,0)	3 (1,6)	0	1 (0,7)	5 (5,6)	
<b>Escolaridade</b>							<b>0,051**</b>
Analfabeto	0	1 (0,6)	0	2 (0,8)	0	2 (1,0)	
1ª à 4ª série incompleta	4 (6,5)	9 (4,5)	1 (0,7)	5 (2,2)	3 (2,3)	11 (5,1)	
Ensino fundamental (in) completo	27 (44,2)	102(50,7)	70 (50,7)	80 (35,1)	58 (43,6)	79 (36,9)	
Ensino médio (in)completo	28 (45,9)	81 (40,3)	60 (43,5)	127(55,7)	66 (49,6)	106(49,5)	
Ensino superior (in)completo	2 (3,4)	8 (3,9)	7 (5,1)	14 (6,1)	6 (4,5)	16 (7,5)	
<b>Ocupação</b>							<b>0,767**</b>
Setor formal	2 (3,1)	5 (1,5)	2 (1,1)	6 (2,5)	5 (3,7)	8 (2,8)	
Setor informal	63 (96,9)	203(98,5)	182(98,9)	240(97,5)	129(96,3)	276(97,1)	

Fonte: dados extraídos do NEH, HMML, AP, 2018-2023.

Legenda – \*Teste da razão de verossimilhança, com significância estatística; \*\*Teste da razão de verossimilhança, sem significância estatística; ™Foram incluídos amarelos e indígenas.

Com relação ao perfil clínico das gestantes, observou-se que cerca de 758 (68%), realizaram o pré-natal, enquanto que 358 (31%) não o fizeram. No que se refere ao TNT, 891 (80%) apresentaram resultados reagentes, 33(3%) não reagentes, enquanto que 194 (17%) não o realizaram. O TT indicou que 873 (78%) apresentaram

resultados reagentes e 202 (18%) não realizaram. Quanto ao momento dos diagnósticos da SM, 609 (54%) foram diagnosticadas durante o pré-natal e 501 (44%) no momento do parto ou da curetagem, conforme mostra a Tabela 2.

**Tabela 2** – Características clínicas das gestantes com diagnóstico de sífilis no período de 2018 a 2023. Hospital NEH, HMML, AP, Brasil. 2023.

Variáveis	2018 n (%)	2019 n (%)	2020 n (%)	2021 n (%)	2022 n (%)	2023 n (%)	p-valor
<b>Realização do pré-natal</b>							<b>0,217*</b>
Sim	44(62,8)	150(72,1)	112(61,9)	173(70,0)	94 (70,1)	188(67,4)	
Não	26(37,2)	58 (27,9)	69 (38,1)	71 (30,0)	40 (29,9)	94 (32,6)	
<b>Teste não treponêmico (TNT)</b>							<b>&lt;0,001**</b>
Reagente	73 (98,6)	202(94,4)	129(71,7)	145(59,4)	95 (70,9)	247(90,8)	
Não reagente	1 (1,4)	1 (0,5)	8 (4,4)	13 (5,4)	1 (0,6)	9 (3,3)	
Não realizado	0	11 (5,1)	43 (23,9)	86 (35,2)	38 (28,5)	16 (5,9)	
<b>Teste treponêmico</b>							<b>&lt;0,001**</b>
Reagente	53(71,6)	199(94,3)	124(68,1)	146(59,8)	95 (70,9)	256(91,4)	
Não reagente	6 (8,1)	2 (1,0)	15 (8,2)	17 (7,0)	1 (0,8)	9 (3,3)	
Não realizado	15 (20,3)	10 (4,7)	43 (23,7)	81 (33,2)	38 (28,3)	15 (5,3)	
<b>Período do diagnóstico de sífilis</b>							<b>&lt;0,001**</b>
Pré-natal	12 (16,0)	103(48,1)	89(48,4)	150(61,0)	102(76,1)	153(53,9)	
Parto ou curetagem	57 (76,0)	111(51,9)	93 (50,5)	96 (39,0)	32 (23,9)	112(39,4)	
Após o parto	6 (8,0)	0	2 (1,1)	0	0	7 (2,5)	
Não realizado	0	0	0	0	0	12 (4,2)	

Fonte: dados extraídos do NEH, HMML, AP, 2018-2023.

Legenda – \*Teste do qui-quadrado de Pearson para k amostras independentes; \*\*Teste da razão de verossimilhança, com significância estatística.

Na análise das características sociodemográficas dos casos de sífilis congênita, a maioria (n= 346; 88%) foi diagnosticada em 7 dias do nascimento. No que diz respeito à razão por sexo, 185 (47%) são do sexo masculino, e 208 (53%) do feminino. Em relação às características clínicas, observou-se que, no TNT, houve ocorrência de reagentes na grande maioria, em 381 (97%) casos. Em relação ao

diagnóstico clínico, 48 (89%) casos notificados foram assintomáticos. No esquema de tratamento, 322 (82%) utilizaram Penicilina G Cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia, por 10 dias. Quanto à evolução, 360 (92%) estavam vivos no momento da notificação, enquanto 9 (2%) tiveram óbito pelo agravo da doença, e 20 (6%) foram natimortos, conforme apresenta a Tabela 3.

**Tabela 3** – Características clínicas das crianças com diagnóstico de sífilis congênita no período de 2018 a 2023. Hospital Maternidade Mãe Luzia. Macapá, Amapá, Brasil. 2023

Variáveis	2018 n (%)	2019 n (%)	2020 n (%)	2021 n (%)	2022 n (%)	2023 n (%)	p-valor
<b>Idade</b>							<b>0,000*</b>
< 7 dias	21 (70,0)	110 (80,9)	25 (89,3)	81 (90,0)	40 (100,0)	69 (100,0)	
7 a 15 dias	8 (26,7)	22 (16,2)	3 (10,7)	9 (10,0)	0	0	
16 a 24 dias	1 (3,3)	4 (2,9)	0	0	0	0	
<b>Sexo</b>							0,159**
Masculino	11 (36,7)	65 (47,8)	14 (50,0)	46 (51,1)	24 (60,0)	25 (36,2)	
Feminino	19 (63,3)	71 (52,2)	14 (50,0)	44 (48,9)	16 (40,0)	44 (63,8)	
<b>Teste não treponêmico</b>							<b>&lt;0,001*</b>
Reagente	26 (86,7)	136(100)	28 (100)	89 (100)	33 (82,5)	69 (100)	
Não reagente	3 (10,0)	0	0	0	0	0	
Não realizado	1 (3,3)	0	0	0	7 (17,5)	0	
<b>Diagnóstico clínico</b>							<b>0,047*</b>
Assintomático	22 (100)	119 (97,5)	24 (85,7)	84 (95,4)	33 (100)	66 (95,7)	
Sintomático	0	3 (2,5)	4 (14,3)	4 (4,5)	0	3 (4,3)	
<b>Esquema de tratamento</b>							<b>&lt;0,001*</b>
Penic. G cristalina 100.000 A 150.000 UI/kg/dia por 10 dias.	7 (23,3)	109 (81,3)	25 (89,3)	85 (94,4)	27 (67,5)	69 (100)	
Penic. G procaína 50.000 UI/kg/dia por 10 dias.	20 (66,8)	3 (2,3)	0	0	0	0	
Penic. 50.000 UI/kg/dia.	1 (3,3)	8 (6,0)	0	3 (3,3)	0	0	
Outro esquema	0	14 (10,4)	3 (10,7)	0	0	0	
Não realizado	2 (6,6)	0	0	2 (2,3)	13 (32,5)	0	
<b>Evolução</b>							<b>&lt;0,001*</b>
Vivo	29 (100)	134 (98,5)	28 (100)	80 (88,9)	27 (67,5)	62 (89,9)	
Óbito por sífilis	0	0	0	2 (2,2)	3 (7,5)	4 (5,8)	
Óbito por outras causas	0	0	0	0	3 (7,5)	0	
Natimorto	0	2 (1,5)	0	8 (8,9)	7 (17,5)	3 (4,3)	

Fonte: dados extraídos do NEH, HMML, AP, 2018-2023.

Legenda – \*Teste do qui-quadrado de Pearson para k amostras independentes; \*\*Teste da razão de verossimilhança.

## DISCUSSÃO

O presente estudo apresenta dados sobre casos de sífilis gestacional e congênita no Estado do Amapá, diagnosticados e notificados pelo NEH, HMML, AP, e mensura sua relevância como problema de saúde pública, reforçando a importância de melhorias na assistência pré-natal, com tratamento do parceiro infectado e capacitação das equipes de saúde, a fim de implementar o manejo correto frente à infecção e evitar a sífilis congênita.

Os resultados do estudo mostram que a incidência da sífilis gestacional e congênita, no estado do Amapá, se manteve crescente durante os anos estudados, com exceção da sífilis congênita que apresentou comportamento decrescente de 5,5/1.000 NV em 2022 para 4,7/1.000 NV

em 2023. Padrão semelhante foi encontrado em estudo conduzidos em Cascavel (PR)<sup>11</sup>, Palmas (TO)<sup>12</sup> e Salvador (BA)<sup>13</sup>. Apesar disso, há uma tendência de aumento dos casos em todo o País, onde planos e estratégias desenvolvidos pelo Sistema único de Saúde (SUS) – como a rede cegonha, a implantação de testes rápidos para triagem de sífilis na Atenção Primária em Saúde (APS), bem como a cobertura da ESF – tiveram forte impacto no diagnóstico e na elevação da taxa de detecção da sífilis em gestantes na maioria das Unidades da Federação<sup>11</sup>.

Outra explicação para o aumento dos casos de sífilis gestacional e congênita pode estar associada à ação da vigilância epidemiológica, que vem ampliando as estratégias de saúde da família, disponibilizando testes rápidos

para o diagnóstico precoce e tratamento adequado nas unidades básicas de saúde (UBS)<sup>14</sup>. Alguns estudos associam o aumento dos casos à precariedade dos serviços de saúde, especificamente dos serviços de pré-natal, bom como à falta de adesão do parceiro ao tratamento e à ausência de consenso entre os profissionais que realizam assistência pré-natal<sup>15</sup>.

Destaca-se, no estudo, a prevalência da doença em gestantes jovens (13 a 30 anos), pardas, com baixa escolaridade, que exercem atividade econômica no setor informal, situação compreendida por uma confluência de fatores sociais, econômicos e de saúde. As gestantes jovens frequentemente enfrentam uma série de vulnerabilidades. A baixa escolaridade limita o acesso à informação sobre saúde sexual e reprodutiva, o que pode resultar em uma maior dificuldade de reconhecer os sinais da infecção e buscar tratamento<sup>13-16,17</sup>. A falta de conscientização também pode levar a práticas sexuais de risco, contribuindo para a transmissão da doença.

Além disso, as questões sociais estão inter-relacionadas, pois mulheres de grupos raciais, como as pardas ou negras, muitas vezes apresentam desvantagens estruturais e socioeconômicas. Mulheres que se encontram em situações de pobreza ou que trabalham no setor informal podem ter acesso reduzido a serviços de saúde, incluindo consultas pré-natais de qualidade. Ademais, essas mulheres enfrentam barreiras de acesso à saúde, que incluem custos elevados, transporte inadequado e falta de informação sobre os serviços disponíveis<sup>18,19</sup>.

Adicionalmente, a atividade econômica no setor informal pode acentuar ainda mais essa situação, uma vez que as mulheres, nesse contexto, podem ter horários de trabalho irregulares e instabilidade de renda, o que dificulta a busca por cuidados de saúde. Essa instabilidade também pode afetar a rede de apoio familiar e social, aumentando a exposição a situações de risco e violência, fatores adicionais que podem contribuir para a infecção por sífilis<sup>19,20</sup>. Destarte, a interação entre esses fatores cria um ciclo de vulnerabilidade que torna as gestantes jovens mais suscetíveis à sífilis<sup>21</sup>.

Neste estudo, foi evidenciado que a maioria das gestantes realizaram o pré-natal e tiveram o diagnóstico de sífilis no referido período. No entanto, 501 (44%) receberam o diagnóstico no parto ou na curetagem. Identificou-se uma alta frequência de gestantes que receberam tratamento inadequado, ou não o realizaram, e 87% dos parceiros não realizaram o tratamento concomitante ao da companheira gestante. Esses achados são corroborados por outros estudos, nos quais se mostra que, embora haja boa cobertura de pré-natal no Brasil, a assistência dispensada durante esse período não tem sido suficiente para que o diagnóstico e o tratamento da gestante com sífilis ocorram em tempo oportuno, de modo a evitar a transmissão vertical<sup>22</sup>.

Vale destacar que a detecção tardia da infecção por sífilis, especialmente no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), deriva de diversos fatores críticos. Entre

eles, destacam-se o número de consultas inferior a seis, a ausência da realização dos testes rápidos, o atraso na entrega dos resultados e a ausência do retorno da gestante, além da baixa capacitação profissional para tratar a doença<sup>23,24</sup>. Essas falhas, em vários níveis da APS, evidenciam a necessidade de investimentos em capacitação, melhoria na logística de realização e entrega de exames, além de um melhor sistema de acompanhamento das gestantes<sup>25</sup>. Somente assim será possível aumentar a detecção da sífilis e, conseqüentemente, melhorar os resultados em saúde das gestantes e dos recém-nascidos.

Com relação às características clínicas do tratamento das gestantes, entre os anos do estudo, foi observada uma realidade preocupante em relação ao tratamento das gestantes e dos parceiros, mostrando uma adesão baixa tanto ao tratamento adequado para a gestante quanto ao tratamento concomitante do parceiro. Apenas 18% das gestantes receberam o tratamento adequado, enquanto uma percentagem significativa (43%) recebeu tratamento inadequado, e 40% não realizaram nenhum tipo de tratamento. Com relação ao tratamento do parceiro, os números ainda são mais graves, com 87% dos parceiros não realizando o tratamento, o que pode indicar uma falta de conscientização ou de políticas de saúde direcionadas para envolver o parceiro no cuidado e nas práticas de prevenção e no apoio ao tratamento.

Esse cenário é especialmente alarmante, considerando que a falta de tratamento, durante a gestação, pode acarretar uma série de complicações para a criança e para a mãe<sup>20</sup>. No que se refere às complicações para as crianças destacam-se: o nascimento prematuro, o baixo peso ao nascer, e até mesmo a morte fetal. Além disso, a criança pode nascer com sífilis congênita, o que pode levar a problemas de saúde em longo prazo, incluindo defeitos de desenvolvimento, problemas auditivos e visuais, e complicações neurológicas<sup>26</sup>. Para a mãe, a infecção não tratada pode levar a complicações como a pré-eclâmpsia e maior risco de infecções. Portanto, o diagnóstico e o tratamento precoces são fundamentais para proteger tanto a saúde da mãe quanto a da criança<sup>27</sup>.

É importante destacar que, para ser considerado adequado, o tratamento da gestante deve ser realizado com penicilina, conforme a classificação clínica da doença, instituído até 30 dias antes do parto, e o parceiro deve receber o tratamento concomitante ao da gestante<sup>27</sup>. Destaca-se que a maioria das mulheres recebe o diagnóstico da sífilis ainda no pré-natal. Entretanto, os altos índices de sífilis congênita podem ser um reflexo do tratamento inadequado<sup>26</sup>.

Neste estudo, ficou evidente a não participação efetiva do parceiro no serviço de saúde durante o pré-natal. Assim, quando o parceiro não está efetivamente envolvido, isso pode criar barreiras para o diagnóstico precoce e o tratamento adequado, além de impactar na realização de testes e no suporte emocional da gestante. No contexto da sífilis, a falta de participação do parceiro pode estar relacionada a diversos fatores, como falta de

informação, preconceitos, ou mesmo questões culturais que desvalorizam o papel masculino na saúde reprodutiva e a própria dinâmica do relacionamento. É fundamental que serviços de saúde promovam a inclusão dos parceiros, oferecendo orientações sobre a importância de sua participação e criando ambientes que incentivem essa interação, promovendo educação sobre a doença, sua transmissão e a importância do tratamento<sup>28,29</sup>.

A presença e o envolvimento do parceiro podem influenciar positivamente a experiência da gestante, proporcionando apoio emocional e prático, além de contribuir para a educação sobre cuidados durante a gestação e no pós-parto<sup>30</sup>. Assim, a promoção de estratégias que estimulem o envolvimento dos parceiros pode resultar em melhores desfechos de saúde, não apenas para a mulher, mas também para a criança, fortalecendo a rede de apoio familiar desde o início da gestação<sup>28-30</sup>.

Destaca-se que a participação do parceiro durante o pré-natal deveria ser estratégia prioritária dos profissionais que o realizam, tendo em vista a diminuição do risco de reinfecção da gestante durante o tratamento. No entanto, as atividades relacionadas ao diagnóstico, seguimento e controle da doença no parceiro sexual ainda são pouco estruturadas e a falta desse serviço é perceptível na transmissão da sífilis congênita<sup>30</sup>.

Com relação aos recém-nascidos diagnosticados com sífilis congênita, mais de 80% foram diagnosticados em até sete dias após o nascimento. Neste estudo, ficou evidente que o diagnóstico da sífilis congênita ocorreu em tempo oportuno, permitindo assim a possibilidade do tratamento precoce. O diagnóstico precoce constitui medida de ampla relevância, uma vez que aumenta as chances de cura e reduz complicações futuras, como “tíbias em lâminas de sabre”, fronte olímpica, surdez neurológica, entre outras<sup>31-33</sup>.

Em relação às manifestações clínicas, observou-se que, no teste não treponêmico (TNT), a ocorrência de reagentes constituiu a grande maioria das ocorrências (n=381; 97%). Entretanto, no diagnóstico clínico, 89% dos casos notificados foram assintomáticos. Esses dados mostraram similaridade com os achados encontrados em um município do Estado de São Paulo<sup>34</sup> e no Pará<sup>25</sup>. Destaca-se que a triagem sorológica da gestante e do RN é de grande relevância, uma vez que, os RN de mães diagnosticadas com sífilis devem ser investigados para SC, devendo ser realizado exame de VDRL do sangue periférico, VDRL no líquido, radiografia de ossos longos, assim como exames complementares.

No que concerne ao tratamento dos RN com SC, este estudo evidenciou que a grande maioria (n=322, 82%) foi tratada com Penicilina G Cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia, por 10 dias. Tal achado está conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), que prescreve como medicamento ideal para o tratamento da criança com SC a Benzilpenicilina potássica/cristalina, procaína ou benzantina, sendo qualificado a partir da análise epidemiológica da situação materna, associada à avaliação

clínico laboratorial e exames de imagem da criança. Independentemente do histórico de tratamento materno, as crianças com resultado de TNT maior que o da mãe em pelo menos duas diluições (ex.: mãe 1:4 e RN  $\geq$ 1:16) são consideradas casos de SC, devendo ser notificadas, investigadas, tratadas e acompanhadas quanto a aspectos clínicos e laboratoriais<sup>1,2</sup>.

Foram registrados nove óbitos por SC, três óbitos por outras causas, vinte natimortos, enquanto que 92% dos RN foram classificados como vivos no momento da notificação, eventos semelhantes aos encontrados na Região Sul do Brasil e na Região Norte<sup>20-35</sup>. Esses desfechos, embora não pareçam significativos quantitativamente, são importantes indicadores de que podem ser evitados com uma assistência materna-infantil de qualidade<sup>20</sup>. Diante disso, e considerando a sífilis uma infecção multiorgânica, a sífilis congênita pode causar manifestações clínicas em longo prazo, o que torna necessário um acompanhamento rigoroso afim de evitar sequelas permanentes e mortalidade infantil<sup>35</sup>.

## CONCLUSÃO

No Estado do Amapá, foi constatado que a maioria das gestantes com sífilis gestacional tinha de 21 a 30 anos, baixa escolaridade, cor parda e ocupação econômica no setor informal. Em relação ao pré-natal, verificou-se, também, que a maioria realizou o pré-natal e teve sorologia reagente para sífilis no referido período, apesar de boa parte ter sido diagnosticada no momento do parto ou da curetagem. Com relação ao tratamento da gestante e do parceiro, a maioria teve tratamento inadequado ou não realizado. No que diz respeito à sífilis congênita, a maioria dos RN diagnosticados no HMML recebeu o diagnóstico reagente em até sete dias de vida após o nascimento, através do TNT em sangue periférico. Em relação ao diagnóstico clínico, a maioria mostrou-se assintomática ao nascimento e foi tratada com Penicilina G cristalina. A maioria dos RN diagnosticados com sífilis congênita, neste estudo foi classificada como vivos e apenas 2% tiveram óbito pelo agravo da doença. Diante disso, conclui-se que o perfil epidemiológico dos casos notificados pelo HMML evidenciou lacunas na assistência pré-natal e na notificação compulsória, sendo necessária a implementação de medidas eficazes no controle a fim de alcançar melhores resultados na redução das taxas de incidência dos casos de sífilis gestacional e congênita. E o fortalecimento das ações na horizontalidade, com foco na prevenção.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Transmissão Vertical do HIV e sífilis: estratégia para redução e eliminação. Brasília: DF, 2006.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecção sexualmente transmissível. Brasília: DF, 2020.
3. Conceição HN da, Câmara JT, Pereira BM. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. Saúde debate.

2019 Oct ;43(123):1145-58. doi: 10.1590/0103-1104201912313

4. Roncalli AG, Rosendo TMS de S, Santos MM dos, Lopes AKB, Lima KC de. Effect of the coverage of rapid tests for syphilis in primary care on the syphilis in pregnancy in Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2021 Dec;55:94. doi: 10.11606/s1518-8787.2021055003264

5. Rezende G de O, do Nascimento Netto LB, Torres GLF, Notargiacomo RA de S. Prevalência da sífilis congênita e os fatores associados na região norte no período de 2012 a 2022. *Rev Foco*. 2023 Nov;16(11):e3591. doi: 10.54751/revistafoco.v16n11-070

6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico: sífilis 2021. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022. v. 1. n. 1.

7. Macêdo VC de, Lira PIC de, Romaguera LMD, Caires S de FF, Ximenes RA de A. Risk factors for syphilis in women: case-control study. *Rev Saúde Pública*. 2017;51:78. doi: 10.11606/S1518-8787.2017051007066

8. Araújo MAL, Esteves ABB, Rocha AFB, Silva Junior GB da, Miranda AE. Factors associated with prematurity in reported cases of congenital syphilis. *Rev Saúde Pública*. 2021;55:28. doi: 10.11606/s1518 – 8787.2021055002400

9. Signor M, Spagnolo LML, Tomberg JO, Gobatto M, Stofel NS. Spatial distribution and characterization of cases of congenital syphilis. *J Nursing UFPE*. 2018 Feb; 12(2):398-406. doi: 10.5205/1981-8963-v12i2a230522p398-406-2018

10. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União; 12 Dez 2012.

11. Diniz GG, Yonegura WHT, Barbosa RV, Camargo MFR, Coelho AF de P. A Incidência da Sífilis Gestacional e Congênita em Cascavel – PR Durante os Anos 2018 a 2021. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*. 2023; 9(12):482-92. doi: 10.51891/rease.v9i12.12767

12. Gonçalves CWB, Brito AKL de, Pinto Neto AB, Lima GS, Gomes DLF, Reis KHJF. Estudo dos aspectos epidemiológicos da sífilis em gestantes no estado do Tocantins. *Rev Psicol Saúde Debate*. 2020;6(1):111-8. doi: 10.22289/2446-922X.V6N1A8

13. Cerqueira LB, Jesus TA de, Andrade AC de M, Oliveira MC dos S, Brasil CA. Perfil epidemiológico e clínico da sífilis gestacional e congênita no estado da Bahia no período de 2010-2019. *Rev Enferm Contemp*. 2022;11:e4026. doi: 10.17267/2317-3378rec.2022.e4026

14. Rebouças ES, Santos RV, Rocha M de A, Soares SCR, Silva HKA da, Moreira MH, et al. Caracterização e análise epidemiológica dos casos de sífilis gestacional no município de Imperatriz, Maranhão, Brasil. *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. 2023;23(4):e12127. doi: 10.25248/reas.e12127.2023

15. Santos P, Evers EC, Aguiar BF, Rozin L. Sífilis Congênita no Paraná: uma análise de série histórica (2012-2021). *Espaço Para a Saúde*. 2023;24. doi: 10.22421/1517-7130/es.2023v24.e931

16. Freitas JLG, Pereira PP da S, Moreira KFA, Órfão NH, Silva ALG da, Domingues CG, et al. Sífilis Materna e Congênita em Rondônia: casos notificados de 2010 a 2015. *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. 2019;11(17):e1631. doi: 10.25248/reas.e1631.2019

17. Ramos AM, Ramos TJM, Costa IL de OF, Reis APO, Lima SB de A, Paiva DS de BS. Perfil epidemiológico da sífilis em gestantes no Brasil. *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. 2022;15(1):e9541. doi: 10.25248/reas.e9541.2022

18. Mamede LRL e S, Silva AMTC, Almeida RJ de. Análise Epidemiológica da Sífilis Materna e Congênita: uma revisão sistemática. *Saúde (Santa Maria)*. 2021;47(1). doi: 10.5902/2236583461351

19. Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(4):681-94. doi: 10.5123/S1679-49742015000400010

20. Padovani C, Oliveira RR, Peloso SM. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2018;26:e3019. doi: 10.1590/1518-8345.2305.3019

21. Bottura BR, Matuda L, Rodrigues PSS, Amaral CMCA do, Barbosa LG. Perfil epidemiológico da sífilis gestacional e congênita no Brasil – período de 2007 a 2016. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*. 2019;64(2):69-75. doi: 10.26432/1809-3019.2019.64.2.069

22. Oliveira FA, Araújo MAL, Barros VL de, Guanabara MAO, Vasconcelos LDPG, Sena MV de M. Childcare and follow-up of children exposed to syphilis or notified with congenital syphilis. *Texto & Contexto Enferm*. 2023;32:e20230318. doi: 10.1590/1980-265X-TCE-2022-0318en

23. Rocha JAM, Kisner JGM, Silva A de CR da, Silva ÍDG da, Ferreira ABD, Haut JC, et al. Prevalência de sífilis gestacional no estado de Rondônia no período de 2016 a 2021. *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. 2022;15(11):e11198. doi: 10.25248/reas.e11198.2022.

24. Nunes PS, Guimarães RA, Rosado LEP, Marinho TA, Aquino ÉC de Turchi MD. Tendência temporal e distribuição espacial da sífilis gestacional e congênita em Goiás, 2007-2017: um estudo ecológico. *Epidemiol Serv Saúde*. 2021;30(1):e2019371. doi: 10.1590/S1679-49742021000100002

25. Brabo A do SS, Lima FC de, Gomes RS, Carvalho Neta DT de, Almeida CB de, Brabo AS, et al. Descrição dos casos de sífilis congênita e materna de 2008 a 2017 no Pará, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2023;48(5):766-74. doi: https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005114

26. Almada AGC, de Sousa IN, Silva MC, Castro Neto RNS, Bezerra YF, de Araujo LM, et al. Perfil epidemiológico dos casos de Sífilis Congênita notificados no município de Teresina – Piauí, no período de 2012 a 2022. *Braz J Health Rev*. 2023;6(6):26587-99. doi: 10.34119/bjhrv6n6-004

27. Amorim EKR, Matozinhos FP, Araújo LA, Silva TPR da. Tendência dos casos de sífilis gestacional e congênita em Minas Gerais, 2009-2019: um estudo ecológico. *Epidemiol Serv Saúde*. 2021;30(4):e2021128. doi: 10.1590/S1679-49742021000400006

28. Campos AL de A, Araújo MAL, Melo SP de, Andrade RFV, Gonçalves MLC. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012 Sep;34(9):397-402. doi: 10.1590/S0100-72032012000900002

29. Favero MLDC, Ribas, KAW, Costa, MCD, Bonafe SM. Reto Sífilis congênita e gestacional: notificação e pré-natal. *Arch Health Sci*. 2019;26(1):2-8. doi: 10.17696/2318-3691.26.1.2019.1137

30. Andrade AVS, da Silva AS, Ferreira G da R, da Silva JP. Pré-natal do parceiro para prevenção da sífilis congênita durante a gestação. *Rev Contemp*. 2023;3(12):29907-29921. doi: 10.56083/RCV3N12-259

31. Costa GP da, Silva KC, Pereira AC dos S, Soares T de S, Sousa YS, Sousa MSC de, et al. Análise clínica-epidemiológica dos casos de sífilis congênita no município de Altamira-PA. *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. 2023;23(4):e11660. doi: 10.25248/reas.e11660.2023

32. Branco TJT, Leal E AS, Freitas TF, Manzati BB. Perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis congênita no estado do Acre nos anos de 2009-2018. *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. 2020;12(9):e4347. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e4347.2020>

33. Alves KFM, Barbosa ALS, Martins AO da S, Rodrigues MAS. Perfil sociodemográfico, reprodutivo e obstétrico de gestantes adolescentes no município de Porto Velho-RO. *RECIMA21*. 2023;4(5):e453008. doi: 10.47820/recima21.v4i5.3008

34. Maschio-Lima T, Machado IL de L, Siqueira JPZ, Almeida MTG. Epidemiological profile of patients with congenital and gestational syphilis in a city in the State of São Paulo, Brazil. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2019 Sep;19(4):865-72. doi: 10.1590/1806-93042019000400007

35. Martins AO da S, Cruz YLN, Silva CAL da, Moreira KFA, Alves MMBM. Incidência de sífilis congênita em uma capital do norte do Brasil. *RECIMA21*. 2023;4(10):e4104212. doi: 10.47820/recima21.v4i10.4212

---

SUBMISSÃO: 26/06/2025  
ACEITE: 05/06/2025